García (S)

TRATAMIENTO

DE LA

ECLAMPSIA PUERPERAL

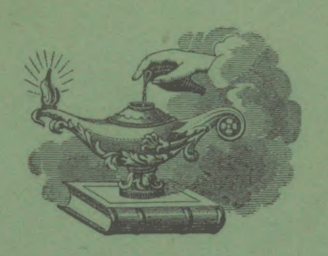
TÉSIS INAUGURAL

QUE PARA EL

EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA

PRESENTA AL JURADO
CALIFICADOR

SAMUEL GARCÍA



MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO

Calle de San Andrés número 15.

1886

Sr Profesor J. Nuñez
Sinodal Propietario

TRATAMIENTO

DE LA

ECLAMPSIA PUERPERAL

TÉSIS INAUGURAL

QUE PARA EL

EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA

PRESENTA AL JURADO
CALIFICADOR

SAMUEL GARCÍA



MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO

Calle de San Andrés número 15.

1886

MÁS de una vez, con mucha frecuencia desgraciadamente, oiréis decir que los estudios de patogenia no tienen utilidad práctica; que estos trabajos pueden tener un interes de curiosidad ó de precision científicas para el investigador y para el sabio de gabinete; pero que no merecen, si se atiende á los resultados médicos obtenidos, el trabajo y tiempo que exigen; y debeis consideraros felices si no se agrega que estas cuestiones son puras sutilezas á propósito para desviar al médico de la sana via de la clínica. Esto es, lo digo en alta voz, no he cesado de decirlo, un grosero error que sólo la ignorancia y ligereza pueden explicar. Sin duda, cuando son todavía incompletas las nociones patogénicas, cuando carecen de base sólida, no tienen, no deben tener aplicaciones prácticas; pero cuando tenemos la fortuna de poseer

datos precisos de patogenia sobre cualquier asunto, no tarda en surgir la utilidad de estos conocimientos. En cuanto á mí, si no pudiendo hacer otra cosa, tuviera que reasumir toda la terapéutica en una sola frase, diria: *Deducid vuestras indicaciones del estado de las fuerzas y de la patogenia*, y creeria haber dado á mi auditorio un consejo de fecundidad y concision iguales.[1]

Oscilábamos entre los diversos ramos de la Medicina, buscando un asunto de importancia práctica, cuando recordando las reflexiones que nos hizo nuestro apreciable profesor de Obstetricia, el Sr. Dr. Manuel Gutiérrez, en su leccion oral del dia 2 de Julio, acerca del tratamiento de la eclampsia puerperal, fijamos nuestra atencion en las notables palabras del eminente patologista frances, y nos pareció el asunto bajo todos conceptos importante. En efecto, á una enfermedad de formas patogénicas múltiples deben corresponder variados tratamientos; y sin embargo, si siguiéramos, ya no paso á paso, ya no detalladamente, siquiera en globo, la historia de la eclampsia, veriamos á los médicos europeos en un completo desacuerdo, con-

1 Jaccoud, Clínica Médica del hospital Lariboisière, páginas 656 y 657.

templariamos á algunos de ellos decididos partidarios de un método curativo, obedeciendo á una concepcion patogénica única; otros se nos presentarian acudiendo siempre á un recurso, sin tener ninguna idea de las circunstancias que originan los accidentes, y hallariamos á muchos tambien, campeones decididos del parecer de sus maestros, seguirlo por afeccion y sin tener razon que los apoye. Todo es caos, á la verdad, y en este intrincado dédalo de opiniones, difícil es poner algun órden. En México no pasa lo mismo desde hace algunos años: el Sr. profesor de la Clínica de Obstetricia, Dr. J. M. Rodríguez, se esforzó y logró conseguir uniformar el tratamiento de la eclampsia, y el Sr. Dr. M. Ramos, discípulo suyo, dió despues amplia publicidad, en una brillante exposicion, á la opinion de su maestro. Pareceria esto ya una mejora, y todo el honor consiguiente á ella recaeria en el entendido profesor citado. Para nosotros no lo es, porque si bien es cierto que reunió á los parteros, haciéndolos marchar por un mismo camino, pecó contra las reglas de la lógica al instituir su método sin fundarlo en premisas anteriores ningunas; pecó contra la regla que establece la inspirada frase de Jaccoud: "Deducid vuestras

indicaciones del estado de las fuerzas *y de la patogenia.*" Si no apoya, pues, al plan curativo el razonamiento, ¿lo sanciona la experiencia? Verémos despues que no, y entónces nos queda una sola via que ya indicamos: *A una enfermedad de formas patogénicas múltiples, corresponden variados tratamientos.* Tal es la opinion de nuestro querido profesor Dr. M. Gutiérrez, tal es la tésis que vamos á procurar desarrollar.

En cuanto al plan que seguirémos, se halla indicado en el mismo asunto: para establecer un tratamiento que obedezca á una indicacion patogénica, se debe estudiar, á más de él, la forma y el modo de diagnosticarla: patogenia, diagnóstico y tratamiento, son, pues, los puntos en estudio.

Cúmplenos tan sólo, ántes de emprender nuestra tarea, satisfacer á un deber imperioso, manifestando nuestro agradecimiento á nuestro respetable maestro Dr. Agustin Andrade, y á los Sres. Dres. Ramon de la Peña y Pablo Córdova, por su bondad al facilitarnos sus observaciones, y muy particularmente al Dr. M. Gutiérrez, á quien tenemos la honra de dedicarle este trabajo.

Samuel García.

¿Qué cosa es la eclampsia? ¿En qué circunstancias se presenta? ¿Depende siempre de las mismas causas?

Hé aquí tres cuestiones acerca de las cuales no ha habido acuerdo entre los que han tratado este asunto: el exclusivismo marcha unido á las teorías patogénicas de este estado morboso, causando más mal que bien y destruyendo con sus exageraciones el mismo edificio que se esforzaba en levantar. Cada autor establece su teoría y cree que es la única que puede explicar los accidentes. Quién, como Mauriceau, dice que es sólo una congestion cerebral; quién, como P. Dubois, quiere que sea una neurosis; otros consideran que son accidentes ligados á la albuminuria; para otros es una alteracion de la sangre, y todos se fundan en hechos observados más ó ménos bien interpretados. Pero cada teoría, por exclusiva, no comprende todos los casos, y con esto ofrece armas á sus detractores pa-

ra que arguyan: "Hé aquí un caso en que no existia la pretendida condicion patogénica; luego no puede ella explicar la eclampsia." Vamos nosotros, á nuestro turno, á estudiar cada una de las teorías que se han dado, fijándonos en las relaciones de causalidad que puedan existir entre las condiciones patogénicas que ellas asientan y los accidentes observados, para procurar resolver definitivamente la siguiente cuestion: *¿Depende la eclampsia puerperal de una, ó de varias causas?*

La eclampsia es producida por la congestion del eje cerebro-espinal. Así iniciaban la cuestion Mauriceau y Levret, así lo asentaba decididamente Broussais; así la defendia todavía Blot que, segun Depaul, decia "que la eclampsia y la albuminuria, que pueden ser algunas veces concomitantes, marchan paralelamente bajo la influencia de una misma causa, obrando una congestion sanguínea al mismo tiempo sobre el eje cerebro-espinal y sobre los riñones."[1] Esta teoría se funda en los resultados de la inspeccion cadavérica; y, en efecto, sin encontrarse en la autopsia lesion alguna constante, sí se hallan intensas congestiones viscerales, ora en el cerebro, donde alguna vez se han observado coágulos y tambien derrames serosos en la cavidad aracnoidea y en los ventrículos, ora en los pulmones, ya en los riñones, etc. Pero, ¿se pueden considerar estas le-

1 Depaul. Clínica Obstétrica, pág. 305.

siones como la causa de todo el mal? ¿No son más bien sus consecuencias?

La congestion cerebral, la congestion pulmonar, etc., ¿no pueden explicarse por el obstáculo que las convulsiones mismas oponen al curso de la sangre, dificultando y aun suprimiendo la respiracion?

Por otra parte, las manifestaciones de la congestion se observan con los accesos y aumentan miéntras más frecuentes son éstos. Pero concedamos que las congestiones sean anteriores al estado convulsivo, y veamos en qué se parecen las observaciones clínicas de la congestion cerebral á las convulsiones eclámpsicas. Si la congestion tiene los prodromos parecidos á los de la eclampsia, como el entorpecimiento, como la cefalalgia intensa; si, además, el coma eclámpsico es idéntico al de la congestion apoplética, no sucede lo mismo con el acceso convulsivo, pues miéntras que en la congestion se observa la resolucion muscular completa, con pérdida de la sensibilidad, el último tiene sus tres períodos bien marcados de convulsiones tónicas, clónicas y coma.

Así desecha Mr. Depaul, y á nuestra manera de ver fundadamente, la congestion cerebral como generatriz de la eclampsia.

Esta enfermedad es una neurosis. Por desgracia, durante mucho tiempo, ha sido preciso hacer un grupo de enfermedades *sine materia*, y en él se han encontrado las fiebres llamadas esenciales y las neurosis; pero

poco á poco los progresos de las ciencias médicas van demostrando que las denominaciones que se daban á aquellas afecciones sólo eran palabras á propósito para ocultar nuestra ignorancia: y así como se ha descubierto un microbio para la fiebre tifoidea, para la fiebre amarilla, para el cólera asiático, así se han descubierto tambien lesiones que bien pueden explicar la afeccion convulsiva puerperal.

Si estas teorías no pueden absolutamente explicar un solo caso de eclampsia, hay otras que en verdad no comprenden todos los casos, pero que sí son suficientes para explicar algunos y aun muchos de ellos: tales son la de la eclampsia refleja, la de la urémica, etc. Para caminar con órden en su estudio, seguirémos por ahora la division tan bien marcada que hace el Sr. Dr. M. Ramos en eclampsia urémica y eclampsia no urémica.

Comencemos por la última, por necesitar para su desarrollo un menor complexo de condiciones, y veamos en qué consiste. ¿Es siquiera la eclampsia no urémica una sola modalidad patogénica? Ciertamente que no, y aquí otra division en que se halla una afeccion del órden puramente reflejo y otra mecánica. Con respecto á la primera, Depaul la desecha en lo absoluto por las débiles razones siguientes: 1ª que los reflejos dan lugar á convulsiones parciales y no generalizadas, y que ni aun en este caso presentan el cuadro tan completo del acceso eclámpsico; y 2ª que ¿cómo explicar esa ex-

citacion sobre los nervios de la matriz, aun en las primíparas, en quienes se dice que ese órgano es más excitable, porque está sujeto á una distension á que no estaba acostumbrado, si los accesos pueden presentarse ántes del trabajo como despues de él, y si no todas las mujeres en esas circunstancias son eclámpsicas?[1] Los que sostienen una teoría, lo mismo que Depaul que combate á todas, caen en un error igual, y así como los primeros excluyen de un solo golpe todas las variadas condiciones que debieran estudiar, así el último, al hacer su crítica quiere que si se invoca una causa, ésta explique todos los casos, y que si hay razon para que exista esta causa, deba presentarse siempre el efecto, sin contar con que su accion puede ser nulificada por diversas circunstancias. Pero si no acepta la eclampsia refleja, ¿cómo explicaria el hecho de que en una eclámpsica la sola aplicacion de la ducha provocara los accesos, y no ciertamente convulsiones parciales, que eran accesos de eclampsia bien caracterizados?[2] ¿No cree que con mucha justicia diriamos: *he aquí una excitacion de nervios centrípetos á la que corresponde otra de nervios centrífugos; luego la primera se ha reflejado en un centro para trasformarse en la segunda, luego tenemos aquí un fenómeno del órden puramente reflejo?* Que no siempre se presente la afeccion convul-

1 Depaul. Clínica Obstétrica, págs. 309 y 310.
2 Observacion 2ª

siva durante el trabajo es un hecho, pero que no puede tampoco bastar á derribar la eclampsia refleja; porque no es forzoso que el trabajo exista para que haya una excitacion de los nervios de la matriz, y para afirmarlo baste recordar que el desarrollo de este órgano no es inofensivo; que se conocen los cambios notables que se producen en el sistema nervioso de la mujer desde el principio de su embarazo, y que un poco más tarde el útero toma una parte activa para efectuar la acomodacion. Cierto es tambien, y por fortuna, que no todas las primíparas son eclámpsicas; pero negar por esto que los accidentes pueden ser reflejos, equivaldria á negarlo para las convulsiones que se observan en niños que llevan en su tubo intestinal una ténia ó siquiera las ascárides, tan sólo porque no todos los niños con ténia, ó con ascárides, tienen forzosamente convulsiones.

Para nosotros, pues, la eclampsia refleja existe, ya se invoque para la produccion de los accidentes, como lo hace Jaccoud, la isquemia refleja del cerebro por excitacion de los centros vaso-motores; ya se convierta la impresion de centrípeta en centrífuga directamente. Pero todavía, dice Depaul, la eclampsia se presenta tambien despues del parto; y en efecto, pero no se puede tampoco negar la excitabilidad á la matriz despues del parto, puesto que no vuelve en un dia á su estado normal; y por otra parte, suelen presentarse entónces otras de las formas patogénicas, y Jaccoud en su Clínica Mé-

dica de Lariboisière cita una observacion que pudo clasificar perfectamente entre las mecánicas, como lo demostró con su tratamiento. Así pues, preséntense los accesos ántes del parto (lo que en la forma refleja pura es lo más comun, porque se observa con más frecuencia entre el sexto y sétimo mes del embarazo, es decir, ántes que nuevas condiciones vengan á hacer que se mezcle con alguna otra), ó preséntese *post partum*, no por eso deja de existir la eclampsia refleja.

Ántes dijimos que no es ésta la única modalidad patogénica de encefalopatía independiente de algun estado renal particular, sino que hay otra explicable tan sólo por perturbaciones mecánicas, y cuya existencia se funda en ser más frecuente la afeccion en las primíparas, y en el hecho no ménos significativo de ser más comun cuando los diámetros de la pélvis son más pequeños que los de la cabeza del feto.[1] Sabido es que la produccion de las convulsiones se explica en estos casos, por el edema y anemia agudos del cerebro, para cuya efectuacion contribuyen la hidrohemia del embarazo y el aumento de la tension sanguínea por la compresion que ejerce sobre la aorta el globo uterino. Verémos, al tratar de la forma mecánica de la eclampsia urémica, las experiencias que prueban la teoría que ahora dejamos asentada. Conste, sin embargo, que no todas las primíparas son eclámpsicas, que por fortuna

1 Tésis inaugural del Dr. Ramos, pág. 17,

dista mucho de ser así; pero bueno es tambien recordar que no todas están en las mismas circunstancias, que miéntras unas tienen sus paredes abdominales bastante tensas, otras las llevan tan poco elásticas como si fueran multíparas; y que, por otra parte, no en todas existe la hidroehmia al mismo grado.

Debemos, ántes de concluir con los accidentes de eclampsia no urémica, hacer presente que se han observado casos en que la herencia parece desempeñar un papel importante, y son debidos, uno á la observacion del Sr. Rodríguez y otro á la de Schröder, pero no son todavía suficientes para establecer una eclampsia hereditaria, y podria creerse que estos casos son más bien puras coincidencias sin otra relacion alguna.

Estudiemos ya ahora el punto importantísimo de los lazos que unen la albuminuria y la eclampsia, y veamos si la una puede engendrar la otra. Depaul, en su afan de derribar toda teoría, lo niega terminantemente, y se funda en estas razones: primera, que no todas las eclámpsicas son albuminúricas; segunda, que no todas las albuminúricas son eclámpsicas; y tercera, que no siempre que hay albumina en la orina existen en el riñon las lesiones características de las diversas formas del mal de Bright.[1]

En efecto, quien quisiera sostener que la albuminuria y la encefalopatía marchan invariablemente uni-

1 Depaul, ob. cit., págs. 317 y 318.

das, caeria en un error tan grande como el en que cae Depaul al establecer su asercion contraria. No todas las eclámpsicas son albuminúricas, es cierto, pero tambien lo es que la mayor parte de las atacadas de encefalopatía llevan albumina en sus orinas ántes de que principien los accesos, y este hecho comprobado ya con estadísticas, ¿no es suficiente para hacernos ver ya ahí una relacion? Ya hemos procurado demostrar que existe la eclampsia no urémica; pero si esta afeccion es enteramente independiente del estado de las funciones uropoiéticas, ¿por qué se presenta tan frecuentemente unida á las perturbaciones de estas funciones? ¿por qué no se observan con entera independencia, ó bien siquiera igual número de eclampsias urémicas y de eclampsias no urémicas? Se dirá que son meras coincidencias explicables satisfactoriamente por el estado de la mujer embarazada; pero más adelante verémos que hay datos positivos en que apoyar la creencia de que hay una relacion de causa á efecto entre las perturbaciones de la uropoiésis y la afeccion convulsiva. No todas las albuminúricas son eclámpsicas, dice el partero frances, y tambien es verdad, y así lo prueban las estadísticas de Devilliers, Regnault, Blot y Mayer, que dan una proporcion de veinticinco eclámpsicas sobre cien albuminúricas; pero no es tampoco razon suficiente para derribar la teoría. Qué, ¿acaso están tan sencillamente ligados los fenómenos biológicos, que se pueda dar por suprimida una causa, cuando no se

presenta el efecto supuesto? ¿No hay ciertamente muchas circunstancias que vienen á nulificar su influencia? ¿No se ve diariamente á multitud de individuos sujetos á la accion de un mismo agente, presentar diversos fenómenos? Decir como Depaul, equivale á juzgar que si no todos los que se exponen á un enfriamiento en iguales condiciones, son atacados de neumonía ó bronquitis, no es el enfriamiento una de las causas de esas entidades morbosas: entónces el mismo profesor frances nos diria con seguridad: "Antes de desechar esa causa, investigad el estado particular de cada uno, y probablemente encontraréis en él la explicacion de los hechos; pero no os aventureis sin esto á establecer por alguno ó algunos datos negativos, una proposicion general negativa, porque caeréis en un error."

Tal es el caso tambien para la eclampsia, y ántes de negar sus relaciones con la albuminuria, porque una albuminúrica no ha sido eclámpsica, estúdiese qué condiciones son necesarias para que á las perturbaciones uropoiéticas siga la encefalopatía, cuáles pueden oponerse á éstas, y cuáles, en determinado caso, ejercen con más intensidad su accion. Entónces, y solamente entónces, llegarémos á formular un juicio que se aproxime á la verdad.

Dice despues el citado autor, que examinados los riñones de eclámpsicas no se han hallado las lesiones características del mal de Bright, sino sólo extasis san-

guíneas. Para nosotros estas extasis bastan, pues de seguro que con ellas se perturba la formacion de la orina y se da lugar al aumento de sus materiales, suero ó sustancias excrementicias, ó ambos en la masa sanguínea.

Hasta ahora el razonamiento ha venido diciéndonos que no hay motivos suficientes para desechar la eclampsia urémica, y ahora vamos á ver que los hay para aceptarla. Dos grupos se han formado de esta afeccion; en el primero se produce, como en la forma mecánica simple, el edema y anemia agudos del cerebro (forma mecánica de la eclampsia urémica); y en el segundo, las materias excrementicias causarian directamente los accidentes, por su accion tóxica sobre el organismo (forma tóxica de la eclampsia urémica).

La primera forma se funda en que en la albuminuria existen las condiciones de dilucion de la sangre y aumento de la tension sanguínea, *sine qua non*, para la efectuacion de las lesiones cerebrales citadas. Y en efecto, recuérdese que la hidrohemia se encuentra normalmente en el embarazo; que impidiendo las lesiones renales la expulsion de grandes cantidades de agua de la sangre, hacen que se acumule aquella en ésta; que el desperdicio de la albumina es otra causa de su dilucion, y se verá que la existencia de la primera condicion se halla demasiado justificada. No lo está ménos la de la segunda: desde luego basta para que la tension sanguínea sea mayor, el aumento de la masa;

pero allí están, conspirando al mismo fin, la diminucion en el campo circulatorio, por las dificultades en la circulacion renal, la hipertrofia cardiaca que acompaña con frecuencia á las lesiones renales y al embarazo, y que, como lo hace notar Jaccoud, ejerce notablemente su accion sobre el encéfalo, y en fin, principalmente en las primíparas la compresion que el globo uterino ejerce sobre la aorta, y que vimos ya que sin las otras causas del aumento en la tension, y con sola la hidroemia del embarazo puede dar lugar á la encefalopatía.

Hasta aquí los fundamentos racionales de la forma mecánica: veamos ya si los dos abundantísimos manantiales del saber le prestan tambien su apoyo, el único con el que pueda pasar de simple teoría á un hecho adquirido por siempre para la ciencia. La observacion no nos da ningun dato indiscutible, porque si en verdad se observa el edema cerebral, puede decirse que es posterior á los accesos y consecuencia de éstos, y en contra de quien tal dijera no podria argüirse nada, porque desgraciadamente en estos casos, como en muchos otros de Medicina, siempre es tardía la aplicacion del método. Queda, pues, sólo la experimentacion, y ésta sí ofrece hechos incontrovertibles que prueban que la hidroemia y el aumento de la tension intravascular son factores de la eclampsia. Así lo dicen las experiencias de Munk, que inyectaba agua en las carótidas y veia producirse la encefalopatía. Verdad es que ligaba al mismo tiempo las yugulares y los ureteres, lo que

hacia ya reprochable la experiencia; pero su contraprueba, ligando las carótidas y probando que miéntras no aumenta la tension sanguínea encefálica y no llega diluida la sangre, no hay fenómenos convulsivos, es ya demasiado significativa. Así lo dicen experiencias más concluyentes y más precisas, las de Otto y Bidder, que ni ligan las yugulares ni los ureteres, y ven producirse las convulsiones y el coma, y que miéntras uno establece, inyectando agua en las venas, que no sólo se necesita la dilucion de la sangre, sino tambien el aumento de la tension, el otro prueba inyectando sangre desfibrinada en las carótidas, que no basta el aumento de tension, y que se necesita la hidrohemia para que se observen las convulsiones. Si pues determinadas circunstancias son capaces de dar lugar á la afeccion convulsiva, si éstas existen en los casos de albuminuria, parécenos que no hay razon para no aceptar esta forma patogénica.

No hemos concluido aún de exponer todo lo referente á ella. El Sr. Dr. Ramos hace notar en su tésis las observaciones que nuestro distinguido profesor de Clínica Interna, Dr. Carmona, ha hecho sobre las alteraciones que sufren los glóbulos rojos en los albuminúricos, y que consisten en la diminucion de volúmen hasta $0^{mm}0055$ y $0^{mm}0050$; en un cambio de forma que se hace dentada, y en la reunion, en vez de en pilas, en grupos irregulares constituidos por el engrane de las dentaduras. Entre estos grupos se distinguen tambien

pequeños corpúsculos que dependen de una desagregacion molecular de los glóbulos. Como hubiera podido objetarse que estas alteraciones podian sufrirlas los glóbulos de un individuo sano, una vez fuera de los vasos, se hizo la contraprueba extrayendo sangre de personas no albuminúricas, diluyéndola como la anterior, para conservarla en una solucion de sulfato de sosa, y las diferencias fueron suficientemente marcadas para poder concluir en una alteracion dependiente del estado del individuo. No podia el talento y amor al estudio del eminente profesor citado quedar satisfecho con esto, y reflexionando se elevó á una concepcion patogénica de los accidentes cerebrales de la urémia, y pensó en que estas masas globulares y esos productos de la desagregacion podrian formar émbolos que, impidiendo la circulacion, produjeran la anemia aguda de los territorios nutridos por los vasos obturados, y que dieran lugar, como es de regla, á una hiperemia colateral que bien podria causar la extravasacion del suero sanguíneo. Como se ve, el Sr. Carmona concluye en la existencia del edema y anemia cerebrales.

Al establecer Traube su teoría, que Rosenstein aplicara más particularmente al estado puerperal, quiso, como la mayor parte de los progenitores de teorías, abarcar con ella todos los casos de eclampsia. No se hizo esperar el mentís, y la amoniemia de Frerichs vino á reclamar su puesto. Fundada ésta en hechos de ob-

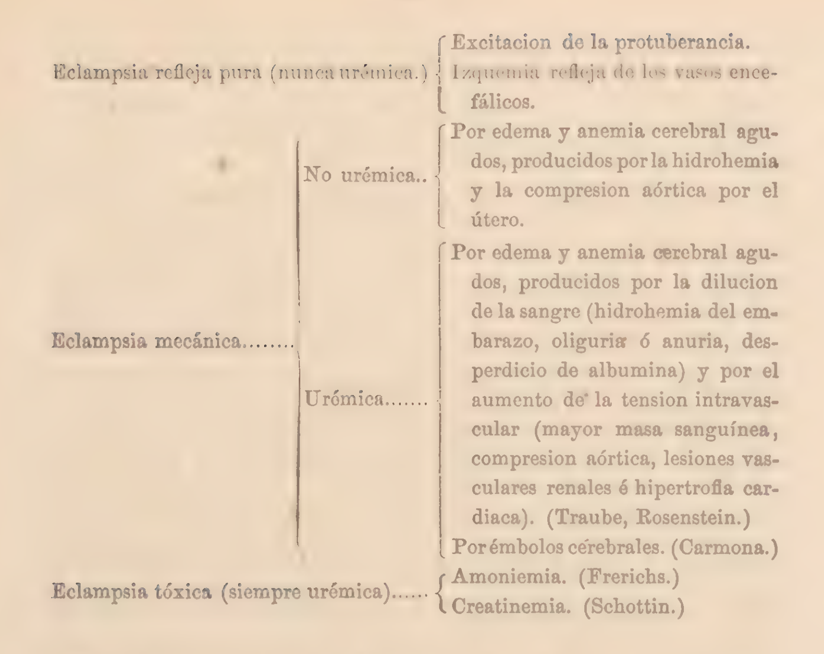
servacion, pronto fué confirmada por la experimentacion. Los primeros hacian ver que en algunos casos de eclampsia albuminúrica, la densidad de la orina era menor, encontrándose su cantidad normal aumentada ó disminuida, lo que significaba que los principios fijos que se expulsan en disolucion no se expelian como normalmente, acumulándose cada vez más en el organismo; en que se hallaba amoniaco en la orina, en los vómitos, en la sangre, en el aire espirado, y sin que pudiera objetarse para la orina el que se efectuara la descomposicion amoniacal en la vejiga, porque se observaba en el líquido de secrecion reciente (Frerichs, Petroff, Vogel, Kühne), y finalmente, en el aumento de la cantidad de urea en la sangre, pues que, por más que Mr. Depaul sostenga lo contrario, la urea sube de 0'16 á 0'20 por 1000, que es lo normal, á 0'32, 0'40, 0'50, y en un caso observado por Spiegelberg, hasta 0'55 por 1000.[1] Esta sustancia, que segun las experiencias de Vauquelin, Segalas y Hoppe, no produce efectos tóxicos por sí misma, se descompondria en el organismo en carbonato de amoniaco, capaz, como verémos, de explicar los accidentes. En efecto, inyectando carbonato de amoniaco Frerichs y Petroff, han logrado dar lugar á los fenómenos eclámpsicos, y si con éstas no están de acuerdo las experiencias de

1 Hacemos constar esas cantidades en fracciones decimales, á pesar de que el Dr. Ramos y Jaccoud las ponen como enteros porque en centésimos las establece la Fisiología.

Hoppe y Oppler, posteriores de Spiegelberg y Rabuteau vinieron á confirmarlas.

Sin embargo, hay todavía casos en que no puede invocarse la presencia del amoniaco y en que, á pesar de ello, la diminucion en la densidad de la orina está indicando la acumulacion de los materiales excrementicios. De aquí nació la teoría de Schottin, á la que Jaccoud dió el nombre de creatinemia, y en la que se supone que la intoxicacion es causada por las materias extractivas de la orina. Esta teoría, todavía no bien establecida, se funda únicamente en el aumento de las citadas materias en la orina y la presencia de la creatina y la leucina en diversos puntos del organismo.

Reasumiendo ya la patogenia, clasificarémos la eclampsia; pero ántes de hacerlo advertirémos que si hasta aquí hemos seguido la clasificacion del Sr. Ramos para comodidad de nuestro estudio, nos parece mejor con las dos especies de eclampsias mecánicas formar uno de los grupos y dividir entónces la afeccion de la manera siguiente:



Eclampsia refleja pura (nunca urémica.)		Excitacion de la protuberancia. Izquemia refleja de los vasos encefálicos.
Eclampsia mecánica	No urémica	Por edema y anemia cerebral agudos, producidos por la hidrohemia y la compresion aórtica por el útero.
	Urómica	Por edema y anemia cerebral agudos, producidos por la dilucion de la sangre (hidrohemia del embarazo, oliguria ó anuria, desperdicio de albumina) y por el aumento de la tension intravascular (mayor masa sanguínea, compresion aórtica, lesiones vasculares renales é hipertrofia cardiaca). (Traube, Rosenstein.) Por émbolos cerebrales. (Carmona.)
Eclampsia tóxica (siempre urémica)		Amoniemia. (Frerichs.) Creatinemia. (Schottin.)

De lo expuesto se infiere que la eclampsia tiene una patogenia múltiple, y que el que quiera atribuirla á una causa única y exclusiva incurrirá en un error de consideracion y se expondrá á numerosas decepciones si, conforme á su idea, sigue el mismo camino en todos los casos que se le presenten.



Si de notoria, si de capital importancia es el estudio de las formas patogénicas de la eclampsia puerperal, no lo es ménos el del modo de diagnosticarlas. "Quien se dé por satisfecho, dice el Dr. Ramos, con haber diagnosticado eclampsia, habrá hecho lo mismo que el que

diagnostique paraplegia sin subir á su causa, ó ascitis sin preocuparse de saber por qué se ha desarrollado." Por desgracia, el Sr. Ramos, despues de haber tácitamente aceptado en la anterior frase la importancia del diagnóstico patogénico, abandona el camino emprendido y dice: "Convencido como estoy, de que el único tratamiento debe ser la desocupacion artificial de la matriz, no considero absolutamente indispensable el diagnosticar la forma de que se trata en tal ó cual caso." Nos es imposible ponernos de acuerdo con tal opinion, y al contrario, pensando en la grave responsabilidad del partero, que en vez de una, debe dar estrecha cuenta de dos ó más vidas, de las que no puede descuidar una por salvar la otra sino en casos verdaderamente extremos, hemos creido que se debe siempre procurar hacer el diagnóstico patogénico para poder asistir á la enferma con todos los recursos posibles, ántes que perjudicar á uno ú otro de los séres que se hallen bajo nuestro cuidado.

Dos cuestiones de sumo interes tenemos ahora á la vista: primera, estudiar si podemos prever de antemano el desarrollo de la afeccion para establecer la profilaxia; y segunda, una vez desarrollada ésta, saber de qué forma se trata para instituir el tratamiento.

Si se pudiera medir con exactitud la excitabilidad refleja de cada individuo; si una vez medida se pudiera asegurar "tales son los fenómenos que corresponden á determinado grado de ella," habriamos resuelto

una parte de nuestro primer problema, y previendo los acontecimientos, caminariamos imperturbables para llegar á tiempo al puerto de salvacion. Pero ni una cosa ni otra podemos hacer: todavía son cortos nuestros alcances (y quizá lo sean siempre) para llegar á prever de antemano lo que sucederá, y para oponernos con tiempo y de una manera enérgica á la efectuacion de los sucesos, y sólo cuando la oscura nubecilla aparece en el horizonte, sólo cuando observamos la primera agitacion, es cuando vemos con cruel certeza la terrible tempestad que va á desencadenarse, y que encontrándonos, á no dudarlo, á la mitad de nuestro camino, causará quizá el naufragio de nuestra embarcacion, haciendo estériles nuestros esfuerzos. Tal es el caso para nosotros en la eclampsia refleja. Si no es que hayamos notado con anterioridad una exageracion de los reflejos, no nos quedan más que los prodromos del terrible mal convulsivo, y pensarémos en la inminencia de los accesos eclámpsicos cuando observemos la cefalalgia intensa y pertinaz, el dolor epigástrico y las perturbaciones visuales. Entónces, si no encontramos las manifestaciones del aumento en la tension y dilucion notable de la sangre, si la práctica de los reconocimientos necesarios da lugar á fenómenos reflejos, nos encontrarémos en presencia de la afeccion refleja que va á desarrollarse.

No son las mismas las circunstancias cuando se trata de las otras formas patogénicas de la afeccion con-

vulsiva; y si, en efecto, nunca podrémos decir con certeza: "aquí va á presentarse la eclampsia," sí podemos temerla con demasiado fundamento y procurar por esto disminuir en la mujer todas las condiciones capaces de dar lugar á ella. Trátase, por ejemplo, de la forma no urémica de la eclampsia mecánica; allí están, para indicarnos su posibilidad, los signos de la hidrohemia exagerada (desde los fenómenos nerviosos del embarazo hasta las infiltraciones); allí está la primiparidad con su fuerte tension de las paredes abdominales; allí está el desequilibrio entre las dimensiones de la pélvis y las del feto; allí está el notable desarrollo de la matriz por gemelos, hidroamnios, etc., elementos todos con que se puede prever con probabilidades de acierto el edema cerebral agudo por la compresion aórtica y el aumento de la masa sanguínea. Pero trátase, al contrario, de la forma urémica de la eclampsia mecánica; tenemos entónces algunos y muchos de los signos anteriores, como las infiltraciones y las manifestaciones todas de la hidrohemia exagerada; pero principalmente contamos con el estudio de la orina, que con seguridad nos dirá lo que está pasando en el organismo, y si las orinas son albuminosas, sin que se observen en ellas las alteraciones que acompañan á las nefritis crónicas; si la cantidad total va disminuyendo poco á poco, y sobre todo, es preciso tenerlo bien presente, si el densímetro nos indica que los materiales excrementicios se expelen convenientemente, ten-

drémos probabilidades de ver presentarse la afeccion convulsiva mecánica urémica. Si, en otras ocasiones, el densímetro nos da indicaciones contrarias á las anteriores; si las orinas son albuminosas; si han llegado á diagnosticarse las lesiones renales crónicas de la enfermedad de Bright; si atendiendo á todo esto se toma la precaucion de analizar la sangre y se encuentra que la cantidad de urea va haciéndose superior á $\frac{0'16}{1,000}$ ó $\frac{0'20}{1,000}$, podrémos pronosticar que si estos fenómenos continúan en aumento, la eclampsia es inminente y debemos atender con prontitud á la enferma, porque es la forma que, á nuestro entender, se prevé ménos tiempo ántes de la explosion de los accesos.

Réstanos aún la segunda cuestion que propusimos al principio de este capítulo, para concluir lo referente al diagnóstico. Una vez desarrollada la eclampsia, ¿de qué forma se trata?

Tres son los grupos á que debemos atender; afeccion refleja, afeccion mecánica y afeccion tóxica. Desde luego la primera excluye la urémia, y con ella las formas tóxicas y una de las mecánicas, y queda tan sólo diferenciarla de la mecánica no urémica. La ausencia de las condiciones que bastan para determinar esta última (gran tension de las paredes abdominales, gran desarrollo del globo uterino—por hidroamnios ó fetos gemelos,—é hidrohemia exagerada), nos dan ya muchas probabilidades para creer que se trata de fenómenos del órden reflejo; pero se puede además recoger

datos positivos examinando los diversos órganos para investigar si no párte de ellos alguna excitacion, pues que se han visto ya algunos casos ceder á la administracion de un purgante, á la evacuacion de la vejiga, etc. Se debe examinar tambien el estado de la matriz, y si la afeccion convulsiva se presenta durante el trabajo, observar la relacion que haya entre los accesos y las contracciones uterinas: si la afeccion se desarrolla ántes del trabajo, observar la influencia que sobre ella ejercen los reconocimientos ó métodos curativos (si están indicados) que sobre la matriz se dirijan (observacion núm. 2). Bueno es tambien tener presente como dato de probabilidad, que las convulsiones que se desarrollan hasta el sétimo mes son más comunmente reflejas; así como las que se presentan despues del sétimo son, con más frecuencia, mecánicas, lo que se comprende porque gradualmente van aumentando las condiciones capaces de producir el edema y anemia cerebral. Esto para la forma refleja pura, pero bueno es observar que aunque exista cualquiera de las otras formas, no excluye la posibilidad de una excitacion intensa del poder reflejo de los centros nerviosos, y ya verémos, al ocuparnos del tratamiento, la importancia de esta observacion.

Con respecto á la forma mecánica no urémica, bástanos recordar lo que dejamos expuesto al hacer el estudio de patogenia, para poder opinar que siempre que haya causas que puedan dar lugar á un notable

aumento de la tension sanguínea y que la hidrohemia sea muy marcada, se tratará de esta forma patogénica.

Supongamos ahora que se va á diagnosticar la forma urémica de la eclampsia mecánica. Pueden sernos útiles los datos recogidos para la anterior, pero necesitamos esencialmente los que la orina suministre: si ésta ha disminuido notablemente hasta trescientos, doscientos gramos y ménos; si es albuminosa; si, nótese bien, su densidad ha aumentado, lo que prueba que todavía se efectúa la depuracion del organismo; si, habiéndose observado los edemas se nota que toman un rápido incremento y que en uno ó dos dias se generalizan; si, por otra parte, no hay vómitos, ni diarrea (independientes de las convulsiones); si ni el aire espirado ni la orina son amoniacales, y si la densidad de ésta, lo repetimos porque es muy importante, ha aumentado, claro es que habrá una cantidad considerable de agua en la masa sanguínea, claro es que estará muy aumentada la tension intravascular, innegable es que lo que tenemos á la vista es el edema y anemia cerebral agudos.

Si la densidad de la orina, al contrario, ha disminuido, quedando su cantidad normal (lo que es raro) ó tambien disminuida; si es amoniacal; si los edemas faltan ó existen y bien marcados, pero sin que sea nécesario que aumenten para la produccion del mal; si han existido vómitos y diarreas anteriores á los accesos, y de olor amoniacal; si este olor se percibe en el

aire espirado y aun en la sangre; si en ésta ha aumentado la cantidad de urea (hasta $\frac{0,55}{1.000}$ Spiegelberg); si las mucosas bucal y lingual están secas y enrojecidas, se tendrá el cuadro más completo de la eclampsia tóxica por amoniemia.

¿Cómo establecer ahora el diagnóstico de la creatinemia de Jaccoud (teoría de Schottin)? Sólo un dato positivo hay para esto, la diminucion de la densidad de la orina; todos los demas son negativos, no existiendo ninguno de los otros caracteres de las eclampsias tóxicas. ¿Se puede de esta manera afirmar un diagnóstico? Indudablemente que no, y esto induce á pensar que tal vez en algunos casos, al formar el diagnóstico de eclampsia por creatinemia, se ha desconocido alguna de las otras formas cuya existencia está ya bien determinada.



Vamos á ocuparnos ya del punto importantísimo, del que es objeto esencial de nuestro trabajo, del tratamiento de la eclampsia puerperal.

En todas ocasiones será sin duda superior la profilaxia á la terapéutica: por adelantada que esté ésta, por más que se estuviera seguro de poder siempre triunfar de cualquiera enfermedad, si fuera posible precaver de ésta á la humanidad, se le haria siempre más bien que curándola. Para esto, para instituir una

profilaxia racional, es preciso contar con las probabilidades de ver presentarse la afeccion, porque de lo contrario, nos expondriamos á sujetar inútilmente á nuestros enfermos á tratamientos más ó ménos molestos. Ya vimos que tal prevision no es posible para la eclampsia refleja, y que los primeros toques de alarma son los prodromos de la afeccion: entónces instituirémos el tratamiento antiespasmódico; pero no habrémos hecho la profilaxia: habriamos más bien aplicado un método terapéutico destinado á luchar contra fenómenos morbosos ya observados; no habriamos previsto y prevenídonos en contra de una afeccion que pudiera presentarse, sino mejor procurado curar una enfermedad al principio de su desarrollo.

Vimos ya tambien que las demas formas de la encefalopatía sí se pueden temer de antemano con fundamento; y por consiguiente, estamos en la ineludible obligacion de tratar de evitarla, y seria, no sólo una falta, sino un crímen, el permanecer cruzado de brazos cuando avanza amenazadora y formidable una afeccion capaz de aterrorizar al más sereno, al corazon mejor templado. Una catástrofe está próxima á caer sobre nosotros, una grave responsabilidad asumimos; ¿cómo satisfacer esta última? ¿Cómo evitar la primera? A diversas causas, á diversas condiciones en que éstas pueden ejercer su accion, diversos medios se deben oponer; y así, si se trata de precaverse de la eclampsia mecánica no urémica, procurarémos luchar en contra

de la hidrohemia empleando el régimen higiénico tan recomendado por el Sr. Profesor Rodríguez (ejercicio, buena alimentacion, baños frios, etc.) No disminuirémos con esto la masa sanguínea; pero excitarémos la formacion de glóbulos rojos y nos opondrémos á una de las condiciones para la produccion del edema cerebral, á la diminucion en la densidad del líquido sanguíneo. Esto bastaria, si fuera esta tambien la única circunstancia patogénica del mencionado edema; bastaria aún, á nuestro entender, si se pudiera llevar la sangre á lo que debe ser fisiológicamente. Pero no se puede seguramente, en la mayor parte de los casos, llevar á la fisiológica la relacion entre el agua y los glóbulos; nos queda entónces un factor cuya accion ha disminuido, pero que no ha dejado de existir. Por otra parte, hay otro factor, cuya presencia es tan indispensable como la del primero para la efectuacion de los fenómenos morbosos; el aumento de la tension sanguínea; y si no podemos suprimir completamente el primero, suprimamos ó disminuyamos al ménos el segundo, y para lograrlo podemos recurrir á los diversos depletivos (purgantes repetidos, principalmente salinos, diuréticos, diaforéticos, etc.) Depaul aplica la sangría como medio, dice, preventivo; pero es de advertirse que llama prevenir á tratar la enfermedad en sus prodromos. Sin embargo, como pudiera ocurrir el emplearla como verdadero preventivo en mujeres de temperamento sanguíneo, no creemos por demas hacer observar las

ningunas ventajas y sí inconvenientes que se obtendrian: en el momento la tension bajaria notablemente, pero sabido es que pronto se rehace la masa sanguínea á expensas del agua de los tejidos, y como los glóbulos no se forman con igual prontitud, nos encontramos entónces con una tension igual á la que ántes existia, y con hidrohemia mayor, y así, con el afan de aniquilar uno de los factores, lo sostendriamos con la misma intensidad y dariamos lugar á la produccion del otro.

Si es la forma urémica de la eclampsia mecánica la que nos amenaza, los mismos medios se hallan á nuestra disposicion, insistiendo más sobre los purgantes, aun los drásticos, á cortas dósis, que sobre los diuréticos, porque si la albuminuria es dependiente de una extasis renal por compresion de las venas emulgentes, subsistiendo ésta, seria quizá perjudicial el ir á aumentar la tension arterial en los riñones. Se insistirá tambien en los diaforéticos, como sudores mecánicos, baños de vapor, etc. A propósito de esto, el Sr. Dr. Rodríguez recomienda el empleo de la pilocarpina, sustancia que, en efecto, hace que el organismo pierda por la piel una gran cantidad de agua, y á la que Nothnagel declara incapaz de perjudicar en las dósis acostumbradas, y cita una observacion, de acuerdo con la opinion de Leyden, en que, á más de la diaforesis, la ha visto producir una diuresis bastante marcada; miéntras que Alquier, traductor de la obra de Noth-

nagel y Kahle, hacen desconfiar de su empleo y la acusan de dar lugar á fenómenos graves y aun á síncopes mortales. Igualmente el Anuario de Terapéutica de Bouchardat cita opiniones contradictorias acerca de la accion del principio del *pilocarpus pinnatus* sobre las fibras musculares del útero. A falta, pues, de conocimientos positivos, creemos que se debe usar con mucha prudencia, cuando los medios ántes citados hubieran fallado.

Si no son estas las circunstancias en que nos hallamos, si tenemos á la vista una mujer grávida, cuya orina es albuminosa, en quien no se encuentran condiciones capaces de hacer temer una de las formas mecánicas de encefalopatía, y cuya excrecion renal es normal ó aun aumentada, pero en la que el densímetro está indicando una acumulacion de materiales excrementicios, es preciso disminuir éstos usando diaforéticos enérgicos y oponerse á su acumulacion por medio de diuréticos, y como en estos casos es probable que tengamos en nuestra presencia una de las formas crónicas del mal de Bright, allá se dirigirán nuestros esfuerzos instituyendo el tratamiento conveniente (régimen lácteo, estricnina, etc.)

Con esto creemos poder en algunos casos luchar con ventaja en contra del terrible mal; quizá otras veces á pesar de todo, llegará á presentarse, pero tendrémos al ménos la satisfaccion de haber hecho lo posible por evitarlo. Concluirémos llamando la atencion sobre que

si no siendo posible prever todas las formas de la eclampsia, es tan variada su profilaxia, con mayor razon deberá serlo el verdadero tratamiento curativo.

Entremos ya al terreno en donde el exclusivismo absoluto ejerce todo su imperio, y procuremos resolver la cuestion principal, la que es nuestro punto de mira, por la que hemos estudiado todos los pormenores de patogenia y diagnóstico de la afeccion convulsiva puerperal. *¿Siendo varias las formas de la eclampsia, debe aplicarse un tratamiento único, siempre el mismo para todos los casos?* A esta pregunta se ha contestado afirmativamente, y no es de extrañarse, puesto que se ha creido en varias ocasiones en la existencia de una condicion simple para la produccion de los accesos. No nos llamaria efectivamente la atencion, el que los sostenedores de la eclampsia refleja quisieran siempre aplicar los antiespasmódicos; el que Traube y Rosenstein pretendieran recurrir, con exclusion de otros medios, á las abundantes depleciones serosas; el que Frerichs y Schottin tuvieran por única indicacion el sustraer de la economía un principio tóxico usando de diuréticos y diaforéticos: tampoco nos extraña el que Mr. Depaul, en su Clínica Obstétrica sostenga la aplicacion de un tratamiento único, en ninguna relacion con la patogenia del mal que va á combatir, si, en su exposicion anterior, se ha esforzado en atacar todas las teorías, y concluye por no aceptar ninguna; porque así no se muestra inconsecuente con sus ideas. Pero lo que

no puede ménos de admirarnos, lo que verdaderamente es digno de notarse, es la idea que acerca de la terapéutica de la afeccion convulsiva sostiene el Sr. Dr. Ramos. Despues de haber seguido paso á paso y haciendo brillar sus conocimientos, la patogenia de la eclampsia; cuando todo conduce á hacer creer que va á aconsejar un tratamiento adecuado á cada una de las diversas formas; despues de haber asentado al principio de la parte de su trabajo en que se ocupa del diagnóstico, la importancia que tiene la nocion patogénica; rompe repentinamente con sus ideas anteriores, hace una salvedad, á nuestro modo de ver infundada, y separa completamente la última parte de su obra de las primeras, presentando una conclusion que no está de acuerdo con las premisas establecidas. Verdaderamente la notable inteligencia que descollaba en las cuestiones de patogenia se pierde de vista, y tal parece como si una mano de hierro, como si una voluntad enérgica la hubiera doblegado, haciéndola desviarse de la senda trazada, para seguir, en vez de un camino construido sobre fuertes apoyos, un terreno movedizo, sin columnas que lo sostengan, y donde está expuesto á caer al menor soplo de viento. ¿Cómo, en efecto, poder sostener que la desocupacion de la matriz es el único remedio para la afeccion convulsiva, si cuando se ocupa de las formas de la enfermedad no establece que el embarazo sea la sola causa, siquiera la siempre preponderante de los accidentes notados? ¿De dónde concluir

en semejante tratamiento si las premisas múltiples que existen no lo apoyan? Es un hecho, se me dirá, la experiencia lo prueba, y por más que sea empírico es el mejor. Convenimos en que el empirismo tiene muchas cosas buenas, y en que cuando la experiencia viene afirmándonos la bondad de un método curativo, se debe aceptar, por más que el razonamiento no le haya dado su sancion. Pero, en efecto, ¿la experiencia afirma que la desocupacion de la matriz es el medio heróico, como lo llama el Dr. Ramos, para luchar contra la eclampsia? Veamos lo que acerca de esto dice M. Depaul en su Clínica Obstétrica, págs. 360 y 361:

"Así, en nuestras estadísticas encontramos sobre ciento trece mujeres atacadas de eclampsia ántes del parto, cincuenta y siete en quienes los accesos han cesado completamente despues de la deplecion de la matriz, ó en quienes han disminuido de una manera notable. Pero además de que me excedo algo en esta apreciacion de la remision de los accesos, quedan cincuenta y seis mujeres en las que, al contrario, los ataques han continuado con toda su intensidad, y diez y seis que fueron atacadas de eclampsia sólo despues de la expulsion del feto. Lo que quiere decir, que, por término medio, sólo en un tercio de las mujeres eclámpsicas se nota la cesacion completa de la enfermedad ó una diminucion notable en su intensidad. Repetiré lo que expresaba en la nota que he leido en la Academia de Medicina. *En presencia de hechos numerosos que prueban que las*

convulsiones pueden persistir, agravarse y aun, algunas veces, desarrollarse solamente despues de la deplecion del útero, estoy convencido de que no es ésta la única y fundamental indicacion del tratamiento." No sólo el inteligente partero frances ha observado la continuacion de los accesos despues del parto; el mismo Dr. Ramos lo ha notado en la mayor parte de las observaciones que cita, y esos accesos cedian entónces á la administracion de antiespasmódicos, de revulsivos cutáneos, de derivativos intestinales, en fin, de varios medios de los recomendados para estos casos; y en cambio poseemos nosotros observaciones fidedignas en que, aplicando estos medios, han cesado los accesos, sin que volvieran á presentarse ni aun durante el trabajo. Por otra parte, no es de extrañar que las convulsiones continuaran, si se reflexiona que el recurso no es verdaderamente heróico, y en que todo el tiempo que tarda en producirse el parto, se pierde con la sola aplicacion del cloroformo, tiempo que debiera aprovecharse para la aplicacion de los recursos verdaderamente indicados, dando con esto lugar á que la situacion se empeorara. Se asegurará que se han salvado algunas vidas, la mayor parte en las observaciones citadas: es cierto; pero tambien lo es que se ha ocurrido todavía para ello á otros medios; y ¿quién nos garantiza que la administracion de éstos en iguales ó mayores dósis no hubiera hecho innecesaria la desocupacion de la matriz? Además, para establecer, únicamente sobre la experiencia, la bondad de

un procedimiento, se necesitan absolutamente estadísticas; es preciso que se diga: "hé aquí tantos casos en que el procedimiento propuesto ha cortado de un golpe la enfermedad, y aquí hay otros en que, con igual recurso, no se ha obtenido éxito:" si los primeros son en mayor cantidad que los segundos (y de la estadística de Depaul resulta lo contrario), se habrá triunfado; pero si se nos dice que en una gran parte los accesos continuaron, tendrémos derecho para concluir: *Luego no es la desocupacion de la matriz el medio heróico para el tratamiento de la eclampsia.*

No es oposicion de sistema la que hacemos; si el procedimiento fuera inofensivo, lo aceptariamos aun cuando no se nos hubiera demostrado su bondad; pero está muy léjos de serlo, y es preciso recordar que el producto de la concepcion tiene, á nuestro cuidado, tanto derecho como la misma madre, y que en los casos de eclampsia ántes del término del embarazo, vamos, por apresuramiento, á exagerar los peligros á que están susujetos los niños, haciéndolos nacer ántes de su completo desarrollo.

¿Qué conducta debemos, pues, seguir en los casos de eclampsia? Antiespasmódicos, cloroformo, depleciones serosas, sangría, baños calientes ó de vapor, desocupacion de la matriz, etc.: tales son los medios que se han recomendado por unos y desechado por otros alternativamente. Cada uno de estos medios en sí es bueno, y bien aplicado puede sernos de grande utilidad. No

está el defecto en ellos, está en los que los han recomendado universalmente. Esta es nuestra opinion, y si se trata de una eclampsia refleja, procurando modificar el órgano de donde parte el reflejo, darémos los antiespasmódicos y emplearémos el cloroformo tal como debe aplicarse, segun el Dr. Ramos, en el intervalo de los accesos, cuando comienzan á observarse los signos de la aproximacion del nuevo acceso. Si se trata de las eclampsias mecánicas, la indicacion es formal; es preciso abatir la tension sanguínea y disminuir la dilucion de la sangre. Si se estuviera en presencia de una mujer pletórica, de seguro que estaria indicada la sangria que tanto defiende Depaul y, á la verdad, es el medio por excelencia para hacer bajar rápidamente la tension; pero es preciso recordar que nuestras mujeres son, generalmente, pobres en glóbulos sanguíneos, y que si no consiguiéramos rápidamente nuestro fin, pronto tendriamos la misma masa de sangre, pero más diluida, y en vez de detener la enfermedad, le habriamos dado quizás un nuevo impulso. Nos queda entónces, para el objeto, sustraer del organismo una gran cantidad de agua, y en esta virtud recurrirémos á los drásticos ó los diuréticos. Son preferibles los primeros, porque no siempre se puede contar con un buen estado del riñon; y es de observarse que su empleo debe llevarse á dósis muy fuertes, como lo hace Jaccoud (cincuenta gramos de aguardiente aleman y cincuenta de jarabe de espino cerval) para que ejerzan su accion sobre toda la econo-

mia y no solamente sobre el sistema porta. A este respecto hace observar el Dr. Ramos, que Jaccoud, para fundar la bondad del método, sólo cita una observacion de eclampsia post partum, y algunas de hombres atacados de urémia: nosotros creemos que lo mismo que en estos casos abatió la tension y disminuyó la dilucion de la sangre, habria podido hacerlo en una mujer embarazada. Esperando la accion de estos recursos, llenariamos la indicacion sintomática con los antiespasmódicos y el cloroformo.

Es una eclampsia tóxica la que pone en peligro la vida de nuestra enferma: se debe entónces recurrir ya, como quiere Jaccoud, al acetato de potasa que, segun él, aumenta la expulsion de los materiales excrementicios; ya, como lo hacian Jacquet, Porter y Schrœder, activando la diaforesis por medio de las afusiones frias, fundándose para ello en la opinion de A. Robin, que asienta que, miéntras mayor es la cantidad de sudor excretado, más rico es en materiales excrementicios, [1] ó bien como lo ha hecho Paul Bar,[2] sumergiendo á la enferma en un baño á treinta y tres grados centígrados y repitiendo varias veces este tratamiento, excitando cada vez, segun su experiencia, la excrecion urinaria. Todavía aquí obedeceriamos á la indicacion sintomática con los antiespasmódicos y el cloroformo.

1 Véase el trabajo de Mr. Paul Bar: "A propos d'un cas d'eclampsie traité avec succés par les bains prolongés.

2 Paul Bar, ob. cit.

Como se ve, todos los medios terapéuticos aconsejados tienen su aplicacion, y de propósito hemos dejado para el fin el ocuparnos de la deplecion de la matriz. No aceptándola, como recurso general, tampoco la desechamos en absoluto y, en los casos de eclampsia refleja, cuando se observe que la excitacion párte del cuerpo del útero, cuando la experiencia nos diga que no es posible modificar el poder reflejo de la mujer y, sobre todo, si el embarazo es de término, ó en una eclampsia mecánica, cuando la causa preponderante sea el gran desarrollo de la matriz, y que no se pueda abatir la tension porque lo avanzado de los accidentes imponga una indicacion muy violenta, ó por cualquiera otra causa, entónces solamente desahogarémos al útero de la carga que ya no puede soportar.

Quizá se nos acuse ahora de la misma falta que reprochamos; quizá se nos diga que sin llamarnos exclusivistas, recomendamos, sin embargo, para todos los casos los moderadores reflejos. Así lo hacemos, y no creemos por ello merecer ningun reproche. La indicacion sintomática, tan desdeñada por Jaccoud, es casi de tanta importancia para nosotros como la patogénica, porque recordamos que *la causa de un fenómeno es el conjunto de fuerzas que se reunen para producirlo; que entre éstas suele haber alguna ó algunas preponderantes, y otras accesorias, y que muchas veces la falta de éstas es suficiente para que las primeras no puedan ejercer su accion.* Por esto procuramos modificar la excitabilidad,

miéntras esperamos el efecto de los medios empleados para llenar la indicacion patogénica.

Reasumiendo lo expuesto, creemos poder llegar á establecer las siguientes conclusiones:

1ª No es susceptible la eclampsia de un tratamiento único.

2ª En cualquier caso de eclampsia, debe llenarse como principal la indicacion patogénica, y

3ª Miéntras esto se efectúa, no se debe despreciar la sintomática.

Con esto damos cima á nuestro trabajo; pero al concluirlo, creemos de nuestro deber recordar que es muy importante en teoría, pero más que todo en la práctica, cuando somos llamados para aliviar el dolor de nuestros semejantes, seguir el notable precepto de Graves: *El médico prudente y sabio no debe ser exclusivista.*

Marzo de 1886.

Samuel García.

OBSERVACIONES.

En comprobacion de nuestra tésis, citamos á continuacion un corto número de observaciones, bien corto, en verdad, porque hace poco tiempo que se marcha en la nueva via; pero que, corto como es, más que lo fuera, seria siempre suficiente para establecer que no en todos casos es necesaria la desocupacion de la matriz. Citamos la cuarta observacion, aunque no es muy comprobante, como una muestra de que, aun el tratamiento más desechado en México puede ser útil, puesto que, á no dudarlo, en este caso la sangría hizo que se detuvieran los accesos, miéntras que los bromuros hacian que vueltos á presentarse fueran ménos intensos.

PRIMERA.—Del Dr. M. Gutiérrez.

La Sra. C. Q. de G., jóven multípara, de constitucion débil y temperamento nervioso, llegaba al sétimo mes de su cuarto embarazo, sin haber tenido otros trastornos que los peculiares á su estado, cuando el 18 de Enero de 1885 fué acometida repentinamente de una cefalalgia frontal agudísima con perturbaciones visuales que llegaban á la ambliopía, y de un dolor epigástrico acompañado de constriccion, que dificultaba sus movimientos respiratorios.

Llamado urgentemente para atender á la enferma, y por más que no encontrase en sus antecedentes, que me eran bien conocidos, nada capaz de explicar el cuadro sintomático que presenciaba, la naturaleza de éste no podia dar lugar á duda sobre que era el prólogo de una eclampsia puerperal.

Convencido de que en casos semejantes es de absoluta necesidad establecer el diagnóstico patogénico, única fuente de donde puede derivarse una terapéutica lógica y racional, y encontrándome por fortuna en circunstancias propicias para ello, procedí al interrogatorio y exploracion de la enferma en todo aquello que creí conducente al objeto, resultando de mi exámen: que la matriz ofrecia todos los caractéres propios de un embarazo al sétimo mes, sin ser sitio de una dilatacion exagerada ni de contracciones dolorosas; que el feto vivia y se abocaba por el vértice, en posicion occípito-iliaco-izquierda dorso-anterior; que no habia vicio alguno en la conformacion de la pélvis, y que las paredes abdominales estaban fláxidas; no habia signos de replesion estomacal ó intestinal; no existian edemas, y la orina ofrecia sus reacciones y caractéres normales, sin contener absolutamente albumina. No habia, pues, razon para temer la inminencia de una eclampsia urémica, ni de la forma mecánica de la no urémica; y no existiendo tampoco causa alguna de excitacion periférica en los órganos de donde toma generalmente su punto de partida, no quedaba otra interpretacion de los síntomas observados que referirlos á una izquemia de los vasos encefálicos como la que sobreviene á consecuencia de las emociones morales, y, en efecto, la enferma no encontraba sino esta causa para explicar sus padecimientos.

Despues de haber llegado á semejante resultado, y de tranquilizar á la paciente, por cuantos medios me fué dable, me pareció que la única indicacion por el momento consistia en combatir los síntomas de excitacion cerebral, para lo cual nada creí más á propósito que el uso del bromuro de potasio y del cloral, á la dósis de cuatro gramos del primero y dos del segundo, en ciento veinte de vehículo, para tomar una cucharada cada hora. Indiqué á la familia la probable aparicion de los accesos eclámpsicos

y la necesidad de atenderlos violentamente, para lo cual dejé ordenado se tuviese á prevencion cloroformo para inhalaciones, y éter sulfúrico y una solucion de una sal de morfina para inyecciones hipodérmicas.

Á las tres de la tarde, que por segunda vez ví á la enferma, no noté mejoría alguna en su estado, y muy al contrario, además de los síntomas observados en la mañana, existia una torpeza intelectual notable, pérdida absoluta del apetito y adormecimiento marcado de las extremidades. Prescribí vaciar el recto y la vejiga que en ese momento estaban ocupados, y administrar cada media hora las cucharadas prescritas en la mañana.

Á las ocho de la noche se me avisó por teléfono, que la paciente estaba en pleno ataque de convulsiones. Por más que no tardase en trasladarme á su domicilio sino el tiempo absolutamente preciso para ello, el pánico producido en la familia por la aparicion del acceso convulsivo, hizo que á la vez que se me avisaba lo ocurrido, y temiendo no me encontrase en mi habitacion, se acudiese á los compañeros residentes en las cercanías de la casa de la enferma; acudiendo á este llamado los Dres. Ortega del Villar D. Francisco y Reyes D. Agustin, quienes impuestos de los antecedentes patológicos del caso, y en presencia del ataque, que estaba en todo su vigor, propusieron miéntras se efectuaba mi llegada, aumentar á seis gramos la cantidad de bromuro de potasio contenido en las cucharadas, aplicar lavativas con la misma sustancia, y proceder á la desocupacion de la matriz, reservando á mi arbitrio este último medio. Impuesto momentos despues de todo lo acontecido, y examinada convenientemente la enferma, que estaba en el período comatoso del ataque, acepté lo aconsejado por mis colegas, con excepcion del último punto, y tuve para ello las razones siguientes: no podia caber duda sobre que la excitacion cerebral refleja no tenia su punto de partida en el útero; este órgano no habia tomado participio alguno durante el acceso; se me presentó alguna vez, en un caso semejante, la oportunidad de ver que los medios empleados para dilatar el cuello uterino, sirviendo como un verdadero excitante reflejo, produjeron la aparicion de las convul-

siones eclámpsicas; y, por último, creo, y creo firmemente, que si en ciertos casos la ocupacion del órgano gestador es la *conditio sine qua non* para la produccion de la eclampsia, no sucede lo mismo en otros, y que habria en la generalizacion de ese principio patogénico (por más que hasta hoy sea universalmente aceptado) un verdadero peligro para la vida de la madre y sobre todo del feto, así como para la reputacion del partero. Formulé, pues, la regla de conducta que me pareció más oportuna, de la manera siguiente: favorecer por todos los medios posibles la rápida absorcion de las preparaciones bromuradas, y emplear las inhalaciones de cloroformo desde el momento en que apareciese un nuevo ataque. Este no se hizo esperar mucho, y pronto las contracciones fibrilares de los músculos de la cara, los movimientos rotatorios de los globos oculares y una alteracion notable en el ritmo respiratorio, me hicieron comprender que la enferma era presa de un segundo acceso. En el momento apliqué el cloroformo en inhalaciones, que mantuve hasta obtener la relajacion muscular: el acceso, á juicio de los circunstantes, fué de menor intensidad y duracion que el anterior, lo que atribuí á los benéficos resultados del agente anestésico, cuyo empleo suspendí tan luego como el período de excitacion dió paso al coma, que fué bien prolongado y seguido de gran torpeza intelectual.

Aunque á más largos intervalos, y con una duracion é intensidad cada vez menores, se presentaron aún varios accesos, contándose tres más hasta las once y media, siendo tratados de la misma manera que el anterior, y cediendo el último, casi por yugulacion, al uso del cloroformo.

A la hora ántes citada, tuve el gusto de escuchar la opinion de mi querido amigo el Dr. Ramon Icaza, quien se sirvió aprobar mi conducta y me estimuló á seguir el mismo camino.

El resto de la noche y la madrugada los pasó la enferma en grande agitacion y malestar, quejándose de cansancio muscular general, de cefalalgia gravativa intensa, y de perturbaciones variadas de la vision, hasta que á las cinco de la mañana entró en un sueño tranquilo.

Las convulsiones eclámpsicas no volvieron más; pero dejaron como resto de su paso, además de la cefalalgia y trastornos de la vision, un dolor molestísimo que atravesaba de delante á atrás el lado derecho del tórax, cuyos síntomas no desaparecieron sino quince dias despues.

Por fin, el dia 18 de Marzo, justamente á los dos meses de la aparicion de la eclampsia, la Sra. Q. de G. dió á luz, despues de un trabajo enteramente natural, y sin asomo siquiera de acceso eclámpsico, como ella lo temia, un niño perfectamente desarrollado, con la circunstancia especial de que la placenta estaba afectada de degeneracion grasosa, y el cordon torcido en toda su longitud, y con un nudo tan cercano á la extremidad placentaria, que costaba trabajo comprender cómo se habia verificado allí la circulacion fetal.

¡Con cuánto placer me fué dado contemplar en mis brazos á aquel niño, que habia escapado á tanto peligro, y cuyas probabilidades de vida habrian sido casi nulas si hubiera tenido la desgracia de ver la luz cuando sólo contaba siete meses de edad intrauterina!

SEGUNDA.—Del Dr. Ramon de la Peña.

La Sra. M. M. de D. B., de veintisiete años de edad poco más ó ménos, se encontraba al principio del mes de Febrero de 1884 en la primera quincena del octavo mes de un embarazo que habia sido precedido de dos abortos de tres meses, causados por una metritis crónica, y ántes de los cuales habia tenido tres partos felices á término. El dia 8 de Febrero sintió ser invadida por una torpeza intelectual muy marcada, acompañada de una cefalalgia gravativa intensa, de perturbaciones visuales y de dolor epigástrico insoportable. Tales síntomas hicieron que fuera yo llamado, y pude á poco observar convulsiones generalizadas que el dia 9 aumentaron en intensidad, frecuencia y duracion. Estos fenómenos se fueron marcando cada vez más, y presentando como consecuencia la pérdida de la palabra, de la vision y

del conocimiento, y aun una hemiplegia izquierda que parecia existir sólo durante la vigilia.

El exámen de la enferma, verificado al principio, dió por resultado la existencia de un embarazo, como ántes dejé asentado, al principio del octavo mes: el producto se presentaba por la extremidad cefálica, sin que hubiera todavía posicion fija; la pélvis era normalmente conformada como lo demostraban ya los partos anteriores; las paredes abdominales fláxidas; no habia infiltraciones; no habia albumina en la orina analizada por un compañero que fué llamado tambien, y sólo al fin se encontraron ligeras huellas dependientes tal vez, ó de una congestion de los riñones producida por los accesos, ó más bien del moco vaginal arrastrado por la orina.

Lo que sí me llamó la atencion, fué la existencia de un endurecimiento del cuello uterino, más marcado en su parte izquierda, y que parecia prolongarse un poco á la matriz.

Pensando que ésta era la causa de los accidentes, prescribí una ducha con el aparato de Kiwish para reblandecer la parte endurecida, y era de notarse que al principio de cada aplicacion, los fenómenos se exageraban, despues de lo cual era tolerada la ducha, que duraba aplicada en cada sesion una hora ó tres cuartos: el hecho de exagerarse los fenómenos con la aplicacion de la ducha, me afirmaba en la creencia de que todo se reducia á reflejos intensísimos que partian del endurecimiento citado.

Como mi apreciable compañero pensara en la desocupacion de la matriz, que yo no aceptaba, se llamó á un especialista que fué de mi opinion, y que encontrando además un recargo intestinal por paresia, prescribió los evacuantes asociados á los bromuros que se estaban administrando, aumentando la dósis de ellos.

Alarmada la familia por la continuacion de los accidentes, quiso uno de sus miembros que fuera en consulta otro especialista en obstetricia, que el dia 13 opinó que la desocupacion de la matriz era, si acaso, el único recurso con que podia contarse, y que de no efectuarse pronosticaba la muerte de la enferma para el dia siguiente. Atendiendo á la pérdida de la vision, diagnosticó

este señor una degeneracion grasosa de la papila. En vista de esto, en vista de que yo seguia oponiéndome al recurso propuesto, se llamó nuevamente al primer médico de consulta, cuya opinion me habia sido favorable, y á otro profesor en obstetricia y oculista, y ambos opinaron en contra de la deplecion del útero. Al dia siguiente, 14 de Febrero, reblandecido el citado endurecimiento, y retirada la ducha para no provocar el parto, tuvimos la satisfaccion de ver terminar los accidentes y recobrar la enferma poco á poco el conocimiento, la vista y la palabra: practicado entónces el exámen oftalmoscópico por el profesor citado, no se halló la degeneracion grasosa que habia sido diagnosticada.

Finalmente, desapareció la hemiplegia, y un mes más tarde el dia 13 de Marzo, se inició el trabajo, que terminó en la madrugada del 14, de la manera más feliz y sin que hubieran vuelto á presentarse los accidentes anteriores.

Nota.—Esta señora, en un nuevo embarazo, volvió á presentar los mismos fenómenos, aun más graves, exagerándose siempre por la aplicacion de la ducha, hasta el grado de ser necesario el suspenderla. Impuesto el tratamiento conforme á la vez anterior, cesaron los accidentes y no volvieron á presentarse, ni cuando posteriormente se declaró el trabajo y se efectuó el parto de una manera feliz.

TERCERA.—Del Dr. Pablo Córdova.

La Sra. de G., de constitucion mediana, nulípara, llegaba en el mes de Enero de 1885, á la segunda quincena del sétimo mes de un embarazo. En el mes anterior habia sentido malestares, que el Dr. Calderon, que la asistia, diagnosticó indigestiones y como tales los trató: dicho señor tuvo entónces oportunidad de notar que las piernas de su enferma se iban infiltrando, pero fijó en ello poco su atencion.

El dia 22 del citado Enero, por la noche, fué atacada de una cefalalgia muy intensa y de un dolor epigástrico muy fuerte con

sentimiento de constriccion: semejante estado hizo que se acudiera á mí; pero miéntras se hacia esto, se efectuó un ligero ataque convulsivo. Hecho cargo de la situacion, prescribí una pocion con valerianato de amoniaco y bicarbonato de sosa.

Vuelto á llamar, y notando que los ataques se repetian haciéndose más frecuentes, intensos y durables, y que la torpeza de la enferma aumentaba hasta llegar al coma, hice llamar á mi apreciable compañero Dr. M. Gutiérrez, quien en la mañana del dia 24, notando la infiltracion edematosa considerable de las piernas, quiso que se extrajera con la sonda una cantidad de orina que presentaba un color muy subido, y cuyo análisis, hecho por el Sr. D. Salvador Tricio, dió una cantidad tan abundante de albumina, que verdaderamente la orina se cuajaba en masa bajo la accion de los reactivos.

No cabia duda, la eclampsia era dependiente de un estado morboso renal, y por la marcha de los edemas, por la cantidad de la orina y por la falta de más signos, convenimos en que se trataba de la eclampsia mecánica urémica.

La indicacion, pues, era clara: se prescribieron evacuantes, se dieron antiespasmódicos, principalmente los bromuros, y se pusieron inhalaciones de éter.

Con estos medios terminaron los accesos, que llegaron á ser catorce, el mismo dia 24, siguiendo el embarazo su curso normal.

El dia 23 de Febrero del mismo año se efectuó la muerte del producto sin causa apreciable, y el dia 24 fué expulsado, sin que esta excitacion de la matriz produjera la renovacion de los accidentes del mes anterior.

CUARTA.—Del Dr. Agustin Andrade.

La Sra. de B., nacida en Francia, de treinta y tres años de edad al presente, llegaba en Febrero del año de 1882 al sétimo mes de su último embarazo, que habia sido precedido un año ántes de un aborto de cinco meses y de dos embarazos á término anteriores á él.

Durante los primeros meses de este último, todo marchaba normalmente, y sólo despues del quinto notó que las piernas se le hinchaban: no fijó en ello su atencion de una manera notable, hasta que el dia 3 de Febrero fué violentamente atacada de una convulsion general que la obligó á llamarme, y pude presenciar, desde que llegué á su lado, varios ataques caracterizados de eclampsia que se repetian casi de un modo no interrumpido, siendo esta la única particularidad que presentaba.

Le practiqué inmediatamente una sangría abundante que dió por resultado la pronta suspension del ataque, pero éste volvió á repetirse poco tiempo despues, aunque con ménos intensidad. Entónces la sometí á un tratamiento bromurado, dándole cuatro gramos de bromuro de potasio en las veinticuatro horas, y el dia 5, cuarenta y ocho horas despues de la invasion del mal, se declaró el trabajo, cesando los ataques con el parto que se verificó en la noche del mismo dia: nació una niña de siete meses que hoy se encuentra muy desarrollada, y que no ha tenido ningun padecimiento, ni aun los que son propios de la denticion. La madre disfruta igualmente de excelente salud, y no ha vuelto á estar embarazada.

Nota.—Este caso es, pudiéramos decir, una contraprueba de la conclusion que sostenemos: en efecto, con el parto cesaron los accesos, lo que significaria que la indicacion principal era la desocupacion del útero, y en verdad así lo demostró la naturaleza, y quizá en este caso algun reflejo, partido de la matriz, determinaba por sí ó aumentaba considerablemente los accidentes. De todos modos, en los casos anteriores citados, la misma naturaleza ha demostrado con la marcha ulterior de los sucesos, que hubiera sido inútil la deplecion del órgano gestador.